



השאלון מנוסח בגוף זכר יחיד לשם נוחות אך מיועד לשני המינים.  
יש לענות על כל השאלות הבאות ולסמן את התשובה המתאימה - "כן" או "לא". בכל מקרה של תשובה חיובית ("כן") - יש להשלים את הממצאים החיוביים בטבלת פירוט הממצאים בטופס זה למטה, וכן להשלים את המידע הרפואי הנדרש בשאלון מחלות מפורט אשר מספרו רשום לצד השאלה ולצרף מידע רפואי רלוונטי לרבות תוצאות בדיקות.

על כל מועמד לביטוח שגילו 65 ומעלה, לצרף מכתב מרופא מטפל המפרט: מצב רפואי כללי, פירוט ניתוחים, תרופות קבועות, אבחנות רפואיות, אישפוזים ותוצאות בדיקות דימות מיוחדות שבוצעו ב-5 השנים האחרונות.

פרטי המועמד						
שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	תאריך לידה	משקל (ק"ג)	גובה (ס"מ)	קופ"ח

מבטח	שאלות כלליות	
	כן	לא
12.	האם נעדרת מהעבודה או היית בחופשת מחלה יותר מ-10 ימים רצופים, בחמש השנים האחרונות מתי ומאיזו סיבה?	
<b>האם אובחנת כלוקה במחלות /הפרעות ו/או בבעיות הרפואיות הרשומות מטה:</b>		
13.	האם היית או הנך חולה במחלת/בעית כבד, הפרעות בתפקודי כבד ו/או נשא הפטיטס B ו/או הפטיטס C או צהבת מסוג אחר? (שאלון מס' 19).	
14.	מערכת העצבים והמוח כמו טרשת נפוצה, ניוון שרירים אפילפסיה ופרקינסון, אירוע מוחי (שאלון מס' 3).	
15.	מחלות/בעיות בדם כגון קרישה, אנמיה, המופיליה.	
16.	<input type="checkbox"/> מחלות לב, הפרעות בלב (שאלון מספר 11) <input type="checkbox"/> יתר לחץ דם ושומנים בדם שאובחנו ב-5 שנים האחרונות (שאלון מספר 12) <input type="checkbox"/> בעיות כלי דם (שאלון מספר 22)	
17.	מחלת נפש או בעיה נפשית מאובחנת (לרבות: מתח, חרדה, דכאון) (שאלון מס' 17).	
18.	מחלות דרכי הנשימה והריאות (שאלון מס' 2).	
19.	הפרעות בדרכי העיכול, כיס מרה, הטחול והלבלב (שאלון מס' 6).	
20.	מחלות כליות ודרכי השתן, דלקות ואבנים בדרכי השתן ו/או בכליות, דם, או חלבון בדרכי השתן (שאלון מס' 13). מחלות הערמונית (פרוסטטה). (שאלון מס' 23).	
21.	מחלות חילוף חומרים, מחלות אנדוקריניות, סכרת (שאלון מס' 15) מחלות בלוטת המגן (שאלון מס' 4).	
22.	מחלות ובעיות עור (שאלון מס' 18), גידול, מלנומה, מחלות סין, אלרגיות.	
23.	מחלות פרקים (שאלון מס' 21) ורקמות חיבור, דלקת פרקים, אירטיטיס, לופוס/זאבת, פיברומיאלגיה F.M.F. גאوت (שאלון מס' 1).	
24.	בעיות גב ועמוד שדרה, פריצת דיסק, כאבי גב (שאלון מס' 5).	
25.	סרטן, גידולים, לרבות שפירים או מחלות ממאירות.	
26.	בעיות עיניים, הפרעות ראייה, ירוד (קטרקט) גלאוקומה, משקפיים מעל מספר 8, ליקוי שמיעה. (שאלון מס' 8)	
27.	בעיות או מחלות הקשורות ל: <input type="checkbox"/> אף <input type="checkbox"/> אוזן <input type="checkbox"/> גרון <input type="checkbox"/> לוע (שאלון מס' 20)	
28.	מחלות זיהומיות, איידס/ נשא HIV.	
29.	מחלות נשים: מחלות שדיים (כולל גושים בשדיים) רחם, שחלות, תוצאות חריגות בבדיקות לגילוי סרטני (כגון: מסוגרפיה, בדיקת פפס (צואר הרחם)). האם את בהריון כעת? האם היית בעבר בשמירת הריון? האם יש בעיות פוריות? (שאלון מס' 14).	

מבטח	שאלות כלליות	
	כן	לא
1.	האם, למיטב ידיעתך, בקרב אחד מקרוביך (אב, אם, אחים) היו או יש מחלות כגון: מחלות לב, שבץ מוחי, סרטן, סוכרת, כליות פוליציסטיות, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, מחלת הניטינגטון, מחלות נפשיות, מחלת פרקינסון, מחלת אלצהיימר? אב, אם, אחים יש לפרט קרבה וממצאים.	
2.	האם אתה מעשן כיום? אם כן פרט: כמה שנים _____ כמות סיגריות ליום _____ פרט סוג: _____ (סיגריות/סיגריות פייפ/נגרילה)	
	האם עישנת בעבר? אם כן, פרט: במשך כמה שנים עישנת _____, מתי הפסקת לעשון? _____, כמות סיגריות ליום _____	
	סמים: האם צרכת סמים בהווה/ בעבר. מתי הופסק _____ (שאלון מס' 7).	
	אלכוהול: האם צרכת אלכוהול כעת ו/או בעבר יותר מכוס אחת ביום של בירה/ יין או משקה אלכוהולי אחר. מתי הופסק? _____ (שאלון מס' 7).	
3.	האם חל שינוי במשקלך במהלך 12 החודשים האחרונים?	
4.	האם אושפדת או הופנת לבית חולים לצורך אישפוז (לרבות חדר סיון) ב-5 השנים האחרונות או ידוע לך על הצורך באישפוז לרבות בדיקה פולשנית במהלך השנה הקרובה? (שאלון מס' 9).	
5.	האם נבדקת בשנתיים האחרונות ע"י רופא כלשהו (למעט רופא משפחה)? פרט סיבה, תוצאות וטיפול.	
6.	האם ב-10 שנים האחרונות עברת ניתוח או יעצו לך לעבור ניתוח?	
7.	אחוזי נכות ומום מולד: האם יש או הייתה לך נכות בגין: מום מולד או נרכש, פציעה, סיבה רפואית כל שהיא? אם כן-פרט אחוזי הנכות וסיבת הנכות. (שאלון מס' 16)	
	האם הנך נמצא בתהליך לקביעת אחוזי נכות כגון מ: ביטוח לאומי / ממשרד הביטחון ו/או נמצא ב-אי כושר עבודה כעת?	
8.	האם ב-10 השנים האחרונות עברת או הומלץ לך לבצע בדיקות כגון: <input type="checkbox"/> צינטור, <input type="checkbox"/> בדיקה לגילוי גידול, <input type="checkbox"/> ביופסיה, <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> סיפוי לב, <input type="checkbox"/> אקו-לב, או <input type="checkbox"/> בדיקה רפואית אבחנתית ו/או פולשנית ו/או בדיקת הדמיה? אם כן, פרט את סוג הבדיקה, מועד, תוצאות הבדיקה וסיבה לביצוע.	
10.	האם ב-5 שנים אחרונות הצעתך לביטוח נדחתה על ידי חברת הביטוח או קרן פנסיה? התקבלה בתוספת פרמיה או חחרגה? נא לפרט	
11.	תרופות: האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע בעשר השנים האחרונות במידה וכן פרט ומסמכים רפואיים?	

פירוט ממצאים חיוביים בשאלות הצהרת הבריאות (נא לציין את מס' הסעיף אליו הינך מתייחס)				
שם המבטח	תשובה לסעיף	שנת הארוע	פרטים על המחלה, תאונה, מום וכו'	מצבך כיום

אני הח"מ מצהיר בזה ומאשר בחתימת ידי שתשובתי לאיילון חברה לביטוח בע"מ להלן "מבטח", לכל השאלות הנ"ל הינן נכונות ומלאות ושלא העלמתי שום דבר אשר יש בו כדי להשפיע על ההחלטה בנוגע לביטוח המבוקש, וידוע לי כי תשובתי אלה תשמשנה בסיס לחהה הביטוח וחלק בלתי נפרד מסנו. אני מתחייב להיבדק בדיקה רפואית ע"י רופאי החברה, סכוגיה ומעבדותיה על פי דרישת המבטח. ידוע לי שהבדיקות נועדו לגלות כל מחלה או סימן למחלה על פי דרישת המבטח מאת עורך הבדיקות, וכן ידוע לי ש"המבטח" אינו מוגבל בדרישתו לבדיקות ספציפיות כלשהן, כמו כן ידוע לי כי על פי דין מחוייבים רופאים, מעבדות ומכונים רפואיים, במקרים מסויימים, להעביר דו"ח על אבחנה רפואית לשלטונות הבריאות ואף לשלוח אליהם דגימות לשם אישור אבחנתם.

תאריך	שם מבוטח	ת.ז.	חתימה	חתימת הסוכן כעד לחתימה
				

ויתור על סודיות רפואית

- רשות לקבלת פרטים -** אני הח"מ, נותן רשות לקופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים ו/או למוסדותיה הרפואיים או לסניפיה, סכוגיה ומעבדותיה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים, המוסד לביטוח לאומי, מוסדות צה"ל, משרד הביטחון, החברות לביטוח, המכונים הרפואיים והמעבדות הרפואיות בבתי החולים למסור מידע ל"איילון חברה לביטוח בע"מ" ו/או מי מטעמה ו/או בא כוחה, להלן "המבקשת", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי "המבקשת" על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד.
- שמירה על סודיות -** הנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאים ו/או כל מוסד, מכון או מעבדה ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפכם מחובת השמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי כאמור, ולא תהיינה לי אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהו כלפי כל מוסר מידע כאמור.
- ייפוי כוח -** אני מייפה את איילון חברה לביטוח לאסוף כל מידע שייראה בעיניי חשוב בכל הנוגע לבריאותי ו/או מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקשת" ולא תהיינה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל.
- כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני את חליפיי, את מוטביי עפ"י הפוליסה, את באי כוחי החוקיים ואת כל מי שיבוא במקומי.**
- שימוש במידע - ידוע לי, כי השימוש במידע ייעשה לצורך צירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד.**

תאריך	שם מבוטח	ת.ז.	חתימה	חתימת הסוכן כעד לחתימה
				